

## Pathologie digestive

### Abdominal diseases

© SRLF et Springer-Verlag France 2013

#### FC056

#### Quelle rentabilité des fibroscopies digestives hautes en réanimation ?

S. Jean-Baptiste<sup>1</sup>, D. Hajage<sup>2</sup>, J. Messika<sup>1</sup>, S. Gaudry<sup>1</sup>, J. Barbieri<sup>3</sup>, P. Jouet<sup>3</sup>, J.-M. Sabate<sup>3</sup>, H. Duboc<sup>3</sup>, D. Dreyfuss<sup>1</sup>, B. Coffin<sup>3</sup>, J.D. Ricard<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Service de réanimation médico-chirurgicale, CHU Louis-Mourier, Colombes, France

<sup>2</sup>Unité de recherche clinique Paris-Nord, CHU Louis-Mourier, Colombes, France

<sup>3</sup>Service d'hépatogastroentérologie, CHU Louis-Mourier, Colombes, France

**Introduction :** La fibroscopie œsogastroduodénale (FOGD) est un examen fréquemment réalisé en réanimation pour suspicion d'hémorragie digestive haute ulcéreuse. Il n'existe que très peu de données sur les symptômes et sur les anomalies biologiques qui doivent motiver sa réalisation. De plus, sa rentabilité chez les patients qui ne sont pas admis pour ce motif n'est pas connue.

**Patients et méthodes :** étude rétrospective monocentrique observationnelle dans un service de réanimation médicochirurgicale de 12 lits. Nous avons mené une revue exhaustive des dossiers médicaux des 166 patients ayant bénéficié d'une FOGD dans notre service de 2007 à 2012. Les 82 patients admis en réanimation pour une hémorragie digestive ont été exclus. Les données recueillies étaient le motif d'admission en réanimation, le nombre et la sévérité des défaillances d'organes, les symptômes ayant motivé la réalisation d'une FOGD (anémie, saignement extériorisé, instabilité hémodynamique, élévation de l'urée plasmatique) et les constatations per endoscopiques. Nous avons considéré que leur rentabilité était majeure lorsqu'elle entraînait un geste hémostatique ou posait un diagnostic de cancer, et mineure lorsque la modification thérapeutique était une prescription d'inhibiteur de la pompe à proton. Nous avons recherché les valeurs opérationnelles des signes motivant la FOGD.

**Résultats :** 84 patients (61 % d'hommes, âgés de 61 ans en moyenne) ont bénéficié d'une FOGD au cours de cette période. 59 (70 %) d'entre elles contribuaient à poser un diagnostic, dont 36 (42 %) avec une modification de la prise en charge thérapeutique. Dans 25 cas (30 %), la FOGD était normale. Les diagnostics les plus fréquents étaient des lésions de sonde (21,4 %), un ulcère gastroduodénal (15,4 %), une gastrite ou une œsophagite peptique (16,6 %), une candidose œsophagienne (8,3 %). La rentabilité était le plus souvent considérée comme étant mineure (40 % des examens), et majeure dans 6 % des cas. La présence d'une instabilité hémodynamique était le paramètre ayant la meilleure valeur prédictive de rentabilité (100 %).

**Discussion :** Dans une population de patients de réanimation non admis pour hémorragie digestive, la FOGD est un examen qui met en évidence une lésion modifiant la prise en charge thérapeutique dans 40 % des cas. Ce diagnostic est quasi-constamment un ulcère ou une

Valeur diagnostique et prédictive de la FOGD en réanimation

	Sensibilité	Spécificité	VPP	VPN
Sexe masculin	0,744	0,267	0,468	0,545
Chirurgie œsogastrique	0,077	0,933	0,500	0,538
Insuffisance rénale	0,462	0,289	0,360	0,382
Coagulopathie	0,205	0,800	0,471	0,537
Sepsis	0,795	0,178	0,456	0,500
Choc	0,615	0,378	0,462	0,531
Ventilation mécanique	0,872	0,044	0,442	0,286
Cirrhose	0,103	0,867	0,400	0,527
Antécédent d'ulcère	0,077	0,933	0,500	0,538
Déglobulisation	0,615	0,422	0,480	0,559
Hyper urémie	0,051	0,978	0,667	0,543
Instabilité hémodynamique	0,077	1,000	1,000	0,556
Hémorragie extériorisée	0,256	0,644	0,385	0,500
Vomissements	0,154	0,822	0,429	0,529

œsophagite/gastrite peptique se traduisant par l'introduction ou l'augmentation de posologie d'un inhibiteur de la pompe à proton. La réalisation d'un geste hémostatique endoscopique est par contre rare.

**Conclusion :** En dehors du contexte d'hémorragie digestive connue, aucun signe ou symptôme ne permet à lui seul de justifier la réalisation de la FOGD, même si celle-ci permet de poser un diagnostic dans 70 % des cas ; entraînant une modification thérapeutique dans 42 % des cas. Une étude prospective multicentrique avec un effectif plus important permettrait peut-être de construire un score prédisant la rentabilité de la FOGD.

#### FC057

#### Les ictères aux urgences

G. Nassiri, K. Khaleq, O. Tchamdja, K. Yaqini, H. Louardi  
Réanimation, CHU Ibn-Rochd de Casablanca,  
Casablanca, Maroc

**Introduction :** L'ictère est un motif fréquent de consultation et d'hospitalisation aux urgences. Il pose principalement le problème de diagnostic étiologique [1]. Le but de notre étude est de déterminer les caractéristiques épidémiologiques ainsi que les différentes étiologies d'ictères aux urgences et d'évaluer leurs facteurs pronostiques et de comparer nos données à la littérature.

**Patients et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective étalée sur 20 mois, incluant tous les patients adultes ayant consultés pour un ictère cutanéomuqueux durant la période du 01/01/2012 au 31/08/2013. Les paramètres étudiés sont : les données cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives.

**Résultats :** 28 patients ont été recensés durant la période d'étude. L'âge moyen des patients était de 46,25 ans (17 et 85 ans) avec une prédominance masculine (sex-ratio de 1,84). Sur le plan clinique : un ictère chez tous les patients (100 %), un prurit (7,14 %), des douleurs abdominales (35,7 %), une fièvre (42,8 %), un amaigrissement (42,8 %), ascite (10,7 %), des troubles de conscience (21,4 %), des signes hémorragiques (7,14 %), oligoanurie (10,7 %).

Sur le plan biologique : une anémie (28,5 %), une hyperleucocytose (39,2 %), une thrombopénie (35,7 %), une hyperbilirubinémie (90 %), une cytolysé hépatique (42,8 %), un trouble de l'hémostase (32,1 %) et une insuffisance rénale aiguë (46,4 %). Le traitement a consisté en un apport hydrique chez tous les patients (28 cas), une antibiothérapie (15 cas), une transfusion de produits sanguins labiles (10 cas). Les étiologies retrouvées étaient : la leptospirose (9 cas), l'angiocholite (7 cas), l'encéphalopathie hépatique (5 cas), l'hépatite fulminante (3 cas) et autres (4 cas). 9 décès ont été enregistrés (53 %). Les facteurs pronostics retrouvés en étude univariée sont résumés dans le tableau ci-dessous :

Facteurs pronostics	Survivants N = 19	Décédés N = 9	p
Fièvre/frisson	9	3	≤ 0,50
Trouble de conscience	0	5	≤ 0,001
Douleurs abdominales	7	3	≤ 0,90
Cytolyse hépatique	7	5	≤ 0,50
Hémoglobine < 10 g/dl	4	4	≤ 0,30
Thrombopénie (PLQ < 50 000)	3	7	≤ 0,01
Tr. D'hémostase (TP < 45 %)	3	6	≤ 0,01
Hyperleucocytose (GB > 10 000)	4	7	≤ 0,01
Insuffisance rénale aiguë (créat > 15 mg/l)	6	7	≤ 0,05
Leptospirose	5	4	≤ 0,50
Encéphalopathie hépatique	0	5	≤ 0,001
Hépatite fulminante	0	3	≤ 0,01

**Conclusion :** La mortalité liée aux ictères reste élevée dans notre contexte. La reconnaissance des facteurs péjoratifs, impose une prise en charge précoce et adéquate en unité de réanimation afin d'améliorer le pronostic de l'ictère dans ses formes graves. Les facteurs pronostics prédictifs de mortalité retrouvés suite à notre étude sont : trouble de conscience, IRA (créat > 15 mg/l), tr. d'hémostase (TP < 45 %).

#### Référence

1. Rais H. Leptospirose ictéro-hémorragique : à propos de 38 cas. Thèse de médecine, n° 127, 1996, Rabat

#### FC058

##### Ictère au cours de la grossesse : étude analytique

I. Moussaid, H. Ardhaoui, S. El Youssoufi, S. Salmi  
Réanimation maternité, CHU Ibn-Rochd de Casablanca,  
Casablanca, Maroc

**Introduction :** L'ictère et grossesse sont une association rare qui pose parfois un problème de diagnostic et de conduite à tenir. Le pronostic materno-fœtal reste corrélé principalement à la cause de l'ictère, l'âge de la grossesse ainsi que l'évolution de celle-ci.

**Patients et méthodes :** Notre travail consiste en une étude rétrospective et analytique d'une série de 63 cas hospitalisés au service d'anesthésie-réanimation obstétricale et gynécologique du centre hospitalier universitaire « IBN ROCHD » de Casablanca étendue sur une période de 7 ans de Janvier 2007 à Juin 2013. Notre étude avait comme cible

toutes les patientes hospitalisées pour ictère gravidique. Ont été exclues toutes les patientes ayant présenté un ictère secondaire à une hépatopathie antérieure. Nous avons étudié plusieurs paramètres épidémiologiques à savoir : l'âge des patientes, la parité, la gestité, la survenue de l'ictère par rapport au terme de la grossesse, les facteurs de risque... Pour effectuer ce travail nous avons consulté le registre d'hospitalisation et les dossiers qui contiennent les observations médicales.

**Résultats :** Nous avons noté 63 cas d'ictère gravidique parmi 59 511 accouchements, soit une incidence de 0,1 %. L'âge moyen des patientes était de 28,06 ans avec des extrêmes de 18 ans et 43 ans. La tranche d'âge prédominante est située entre 21 ans et 30 ans. Les primipares sont les plus touchées dans notre série puisqu'elles représentent 59,6 % de nos observations. Les ictères du troisième trimestre sont les plus fréquents avec un taux de 79,8 %. Cette fréquence atteint 51,1 % entre 37 SA et 40 SA. Nous avons noté la notion de prise de médicaments hépatotoxiques chez une patiente, ainsi qu'un antécédent d'ictère gravidique dans les grossesses antérieures chez deux patientes. 25 patientes avaient comme étiologie de l'ictère gravidique la stéatose hépatique aiguë gravidique, qui représente donc l'étiologie la plus fréquente avec un taux de 39,6 %, suivie par le Hellp syndrome (22,22 %), la cholestase intra-hépatique gravidique (14,28 %), les vomissements gravidiques (12,6 %), le sepsis (9,59 %) et enfin l'hépatite virale B (3,17 %). Concernant la mortalité maternelle, nous avons noté 13 décès dans notre série soit un taux de 20,63 %, dont 9 étaient des stéatoses hépatiques aiguës gravidiques (5 décès sont survenus en 2013). Quant au pronostic fœtal, nous avons relevé 19 MFIU et deux cas de mort-nés.

**Conclusion :** Au terme de notre étude, nous avons conclu que la stéatose hépatique aiguë gravidique représente la cause la plus fréquente d'ictère spécifique de la grossesse. Elle liée au taux le plus élevé de mortalité maternelle et fœtale (9 décès maternels et 9 morts fœtales in utero). Nous avons également noté une nette amélioration du pronostic fœtal au cours de l'année 2013 au cours de laquelle n'ont été enregistrés que 2 MFIU chez les patientes présentant un ictère gravidique, ceci étant dû essentiellement à une prise en charge précoce et adaptée notamment la réalisation d'une césarienne en urgence pour sauvetage materno-fœtal devant tout cas de stéatose hépatique aiguë gravidique.

#### FC059

##### Évaluation des anomalies des tests hépatiques en réanimation chirurgicale cardio-thoracique : résultats préliminaires

A. Imbert<sup>1</sup>, P. Roy<sup>2</sup>, N. Delacroix<sup>2</sup>, A. Hadad<sup>2</sup>, C. Pilorge<sup>1</sup>, B. Edouard<sup>2</sup>, F. Stephan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Service de réanimation chirurgicale, centre chirurgical Marie-Lannelongue, Le Plessis-Robinson, France  
<sup>2</sup>Service de pharmacie, centre chirurgical Marie-Lannelongue, Le Plessis-Robinson, France

**Introduction :** Les perturbations des tests hépatiques sont fréquentes en réanimation, néanmoins peu de données sont disponibles dans la littérature. Le but de notre étude était d'évaluer : l'incidence, le délai de survenue, les caractéristiques et les étiologies supposées des anomalies des tests hépatiques en réanimation chirurgicale.

**Patients et méthodes :** Nous avons mené une étude observationnelle, prospective, dans un service de réanimation chirurgicale cardio-thoracique du 02/11/2012 au 15/01/2013. Étaient inclus, tous les patients dont la durée d'hospitalisation prévisible était supérieure à 3 jours et qui présentaient durant le séjour : une élévation des transaminases (ASAT et/ou ALAT) ≥ 2N et/ou une élévation de la GGT ≥ 2N

et/ou des PAL  $\geq 1,5N$  et/ou de la bilirubine totale  $\geq 1,5N$ . Une enquête étiologique était menée pour chaque patient.

**Résultats :** Durant la période étudiée, 157 patients ont été admis. 45 patients ont présenté une anomalie des tests hépatiques (28,6 %). Ces patients avaient un âge moyen de  $60 \pm 16$  ans, un IGS moyen de  $38 \pm 13$ , 60 % étaient des hommes. La perturbation du bilan hépatique survenait avec une médiane de 1 jour (IQR 0-5). La fréquence de perturbation des différentes variables, leurs valeurs à l'inclusion et le jour du pic sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Variables	Fréquence des anomalies N (%)	Valeurs à l'inclusion (fois la N)	Jour du pic
ASAT	29 (64 %)	5 (3-10)	4 (1-7)
ALAT	14 (31,1 %)	8 (3-17)	5 (2-8)
GGT	19 (42,2 %)	1,7 (1,5-2,2)	9 (7-12)
PAL	8 (17,8 %)	3 (2-4)	7 (3-10)
Bilirubine totale	12 (26,6 %)	3 (2,4-3,6)	3 (1-7)

Les étiologies possiblement retenues étaient : dans 20 cas une hépatite hypoxique, dans 19 cas un sepsis/SIRS, dans 8 cas une rhabdomyolyse et/ou une hémolyse, dans 3 cas une origine indéterminée, dans 2 cas une origine médicamenteuse et dans 2 cas une autre cause (dissection du tronc cœliaque, cholécystite). Dans 15 cas une origine multifactorielle était retenue. Par rapport au groupe contrôle (112 patients), la mortalité est plus élevée (22 % vs 8 % ;  $p = 0,02$ ) et la durée de séjour plus prolongée (12 j vs 7 j ;  $p = 0,002$ ).

**Conclusion :** La survenue d'une perturbation du bilan hépatique est fréquente en réanimation. Les ASAT et la GGT sont les variables le plus fréquemment modifiées. Les étiologies principales retrouvées sont l'hépatite hypoxique et le sepsis/SIRS. Les médicaments sont rarement impliqués. Les anomalies des tests hépatiques sont un marqueur de gravité.

## FC060

### Impact de la dialyse à l'albumine par le système MARS® sur l'évolution de patients ayant une hépatite fulminante ou subfulminante et répondant aux critères de transplantation

G. Dalqvist<sup>1</sup>, A. Letierce<sup>2</sup>, P. Ichaï<sup>1</sup>, I. Ruiz<sup>1</sup>, A. Coilly<sup>1</sup>, M. Boudon<sup>1</sup>, E. Vibert<sup>3</sup>, D. Castaing<sup>3</sup>, R. Adam<sup>3</sup>, D. Samuel<sup>1</sup>, F. Saliba<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Service de réanimation médicale, centre hépatobiliaire, CHU Paul-Brousse, Villejuif, France

<sup>2</sup>Statistiques, Cégédim, Paris, France

<sup>3</sup>Service de chirurgie, centre hépatobiliaire, CHU Paul-Brousse, Villejuif, France

**Introduction :** Malgré la récente amélioration de la survie des patients atteints d'insuffisance hépatique aiguë bénéficiant d'une transplantation hépatique (TH) (85 à 90 % de survie à 1 an), la mortalité globale des patients admis en unité de réanimation hépatique pour cette indication qui répondent aux critères de transplantation reste élevée.

**Patients et méthodes :** Nous avons réalisé une analyse rétrospective monocentrique de l'ensemble des patients ayant été admis dans le service de réanimation hépatique pour une insuffisance hépatique aiguë et répondant aux critères de TH. Les patients atteints d'hépatite aiguë sévère qui n'ont pas développé de signes neurologiques ont été exclus de l'analyse. 171 variables comprenant les caractéristiques cliniques, biologiques et thérapeutiques ont été étudiées pour chaque patient.

**Résultats :** 72 patients (61,1 % de femmes) avec un âge moyen de  $45,1 \pm 16,1$  années ont été admis pour une insuffisance hépatique aiguë entre décembre 2007 et novembre 2012. Les patients répondaient soit aux critères de Clichy/Paul-Brousse (70,8 %) soit aux critères du King's College (77,8 %) soit aux deux critères (62,5 %). Une intoxication au Paracétamol était incriminée chez 29 patients (40,3 %). L'encéphalopathie hépatique était présente à l'admission dans 73,6 % des patients et s'est développée rapidement chez les autres patients dans les 24 à 48 heures suivantes. 42 patients (58,3 %) ont nécessité une ventilation mécanique. Les valeurs moyennes des scores de MELD et de SOFA étaient respectivement de  $35,5 \pm 5,9$  et  $8,4 \pm 4,3$ . Quarante-six patients (63,9 %) ont reçu un traitement de dialyse à l'albumine par le système MARS® avec une durée médiane de 14,5 heures (range : 3-56). Les patients traités par le MARS® avaient un INR significativement plus élevé {médiane (Q1, Q3) : 7,6 (4,3 à 11,6) contre 4,1 (2,8-6,9 ;  $p = 0,03$ } et des taux de CRP plus faibles {médiane (Q1 ; Q3) : 13 (5,0-22,0) vs 33,6 (10,1-75,0 ;  $p = 0,006$ } à l'admission par rapport à ceux qui n'ayant pas eu de dialyse par le MARS®. Seuls 32 patients (44,4 %) ont eu une TH. Une survie globale de 77,5 % a été observée avec 87,5 % chez les transplantés et 70 % chez les non-transplantés. Le lactate était le marqueur principal à l'admission différenciant les patients transplantés des non-transplantés. Il était significativement plus élevé chez les patients transplantés ( $8,2 \pm 7,9$  contre  $4,5 \pm 3,8$  mmol/l ;  $p = 0,03$ ). En analyse multivariée par régression logistique, les facteurs qui ressortent comme facteurs de bon pronostic sont un score de SOFA plus bas (SOFA : -1 : OR : 1,27 (IC à 95 % : 1,07-1,51)) et un âge plus jeune (âge - 5 ans : OR : 1,33 (IC 95 % : 1,05-1,67)).

**Conclusion :** Un taux de lactates élevé à l'admission était le principal facteur prédictif de la gravité de l'insuffisance hépatique aiguë et de la nécessité d'une TH. L'évaluation des dysfonctions d'organes avec le score SOFA semble intéressante pour guider la décision d'une TH. Une prise en charge médicale optimale combinée à une dialyse par le MARS® a permis de réduire la nécessité de TH avec une amélioration de la survie globale.

## FC061

### Intérêt du paramètre d'atténuation contrôlé (CAP) obtenu à partir du FibroScan dans la mesure non invasive du degré de stéatose des donneurs en état de mort encéphalique avant prélèvement d'organes

N. Pichon<sup>1</sup>, V. Loustaud-Ratti<sup>2</sup>, C. Mancica<sup>3</sup>, P. Carrier<sup>2</sup>, M. Clavel<sup>1</sup>, F. Labrousse<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Réanimation polyvalente, CHU de Limoges, Limoges, France

<sup>2</sup>Hépatologie, CHU de Limoges, Limoges, France

<sup>3</sup>Anesthésie-réanimation, CHU de Limoges, Limoges, France

<sup>4</sup>Anatomo-pathologie, CHU de Limoges, Limoges, France

**Introduction :** Le succès d'une greffe hépatique dépend certes du receveur mais surtout et en grande partie de la qualité du greffon hépatique et des critères de sélection utilisés concernant le donneur. Un des facteurs déterminant de la sélection est l'évaluation objective du degré de stéatose hépatique du donneur. La difficulté pour les équipes de transplantation hépatique est qu'il n'existe pas, actuellement, de consensus sur les paramètres d'évaluation de la qualité des greffons hépatiques prélevés chez les donneurs d'organes en état de mort encéphalique (EME), notamment en termes de stéatose. Le but de cette étude était d'évaluer l'intérêt du FibroScan® (mesure objective du degré de stéatose par l'obtention ultrasonore du paramètre d'atténuation contrôlé : CAP™) en tant que critère objectif non invasif dans l'évaluation de la stéatose des greffons hépatiques des donneurs potentiels avant prélèvement.

**Patients et méthodes :** Sur une période de 10 mois, tous les patients en état de mort encéphalique faisant l'objet d'un prélèvement multi-organes ont bénéficié d'un FibroScan® en vue d'évaluer le degré de stéatose (mesure du CAP™) et de fibrose (mesure de l'élastométrie) des greffons hépatiques avant prélèvement. Une biopsie hépatique (gold standard) systématique était réalisée par les équipes de greffe hépatique au bloc opératoire avant clampage. Pour chaque prélèvement hépatique les données suivantes étaient colligées et comparées : bilans biologiques, échographie hépatique, FibroScan®, aspect macroscopique du greffon, analyse anapathologique de la biopsie, aboutissement ou non du prélèvement et de la greffe.

**Résultats :** 23 donneurs successifs (11 hommes/12 femmes, âge :  $54 \pm 15$  ans, IMC :  $27 \pm 7$  Kg/m<sup>2</sup>, Fatty Liver Index :  $63 \pm 36$ , Hepatic Steatosis Index :  $38 \pm 9$ ) en état de mort encéphalique (12 AVC, 6 TC, 4 anoxie cérébrale) ont fait l'objet d'une procédure de prélèvement hépatique sur la période considérée. Sur les 23 donneurs, 10 n'ont pas été prélevés (6 sur décision de l'Agence de la biomédecine et 4 sur décision des chirurgiens greffeurs) et 13 ont été prélevés et greffés. Parmi les 10 greffons non prélevés, 4 auraient pu être prélevés et greffés sur les données histologiques de la biopsie hépatique. Les données du FibroScan® entre foies prélevés et foies non prélevés (ABM/Chirurgiens) étaient respectivement les suivantes :  $229 \pm 41$  dB.m<sup>-1</sup> vs  $284 \pm 60$  dB.m<sup>-1</sup>/ $260 \pm 52$  dB.m<sup>-1</sup> ( $p < 0,06$ ) pour le CAP™ et  $11,5 \pm 6,4$  KPa vs  $22 \pm 23,1$  KPa/ $11,8 \pm 8,1$  KPa ( $p = 0,7$ ) pour l'élastométrie. Notre étude suggère que la combinaison des deux index (CAP™ et élastométrie) a une excellente valeur prédictive du statut histologique d'un greffon hépatique avec une aire sous la courbe ROC à 96,7 %, IC : 88,7-100 %).

**Discussion :** La réalisation d'un FibroScan® chez les patients en EME avant prélèvement d'organes est une technique non invasive, rapide, facile à réaliser au lit du patient et donnant une mesure objective immédiate quant à la stéatose et l'élasticité du greffon hépatique. Parmi les 10 greffons hépatiques non prélevés : 4 avaient, à posteriori, une analyse anatomopathologique normale et surtout des valeurs respectives de CAP™ et d'élastométrie normales ( $244 \pm 37$  dB.m<sup>-1</sup> et  $10,9 \pm 6,9$  KPa) qui auraient du conduire à leur prélèvement et à la greffe alors que 6 des greffons non prélevés l'ont été à juste titre puisque ayant, à posteriori, une analyse anatomopathologique anormale et surtout des valeurs respectives de CAP™ et d'élastométrie anormales lors de la phase de sélection ( $294 \pm 59$  dB.m<sup>-1</sup> et  $22,7 \pm 23$  KPa).

**Conclusion :** Le FibroScan®, habituellement utilisé pour quantifier la fibrose du foie, pourrait constituer un paramètre d'évaluation de la qualité des greffons hépatiques chez les sujets en EME lors de la phase de sélection, en évaluant notamment le degré de stéatose et de fibrose, critères primordiaux dans le succès de la greffe. Une meilleure évaluation des greffons hépatiques chez les donneurs par l'utilisation de critères objectifs de sélection permettrait d'éviter le déplacement inutile de certaines équipes de greffe vers les centres préleveurs mais aussi de récuser certains greffons hépatiques tout à fait fonctionnels sur les simples critères subjectifs actuels de sélection.

## FC062

### La CRP : peut-elle prédire l'infection chez les cirrhotiques en décompensation ?

S. Khedher, M. Hajji, M. Salem, Y. Said, R. Debbeche, L. Mouelhi, F. Houissa, K. El Jery, S. Bouzaidi, H. Mekki, T. Najjar  
*Usi Digestifs, Eps Charles-Nicolle Tunis, Tunis, Tunisie*

**Introduction :** La CRP (Protéine c réactive), protéine de la phase aigue, a été largement utilisée comme un marqueur d'inflammation

depuis les années 1930. Normalement et en réponse à une agression notamment infectieuse, l'expression hépatique de la CRP peut être rapidement multipliée. Cet aspect serait complexe lorsqu'il s'agit d'une cirrhose en décompensation où la confirmation du caractère infectieux d'une réaction inflammatoire n'est pas aussi évidente. En effet, les cirrhotiques développent fréquemment un tableau similaire à celui de l'infection dit (« sepsis-like ») et les marqueurs connus de l'inflammation peuvent manquer de rentabilité. Toutefois, l'amélioration des indicateurs diagnostiques et pronostiques semblerait un élément clé pour la prise en charge de ces patients.

**But :** L'objectif principal de notre étude est de déterminer si la CRP est un bon facteur prédictif d'infection chez le cirrhotique décompensé dès l'admission et d'en déterminer la meilleure valeur seuil.

**Patients et méthodes :** Nous avons réalisé une étude rétrospective entre le 1er janvier 2012 et le 30 juin 2013 colligeant tous les cirrhotiques consécutivement admis pour décompensation. Pour chaque patient, on a recueilli les données démographiques, les scores de Child-Pugh, MELD, MELD-Na ainsi que la valeur de la CRP et la présence ou l'absence d'une infection ou d'un SIRS. Nous avons exclu ceux qui sont porteurs de CHC (hépatocarcinome) et ceux qui se présentent pour une paracentèse évacuatrice d'ascite.

**Résultats :** Durant cette période, 49 patients sont inclus. Ils sont répartis en deux groupes : le groupe I incluant ceux qui avaient une infection à l'admission (N : 37 ; 75,5 %) et le groupe II ceux qui sont non infectés (N : 12 ; 24,5 %). Les deux groupes sont comparables en termes de caractéristiques épidémiologiques avec un âge moyen de 59 ans dans le groupe I vs 55 ans dans le groupe II. Les hommes sont plus présents dans le groupe I avec un sexe ratio H/F = 2,5 vs 2 dans le groupe II. L'hépatite C était l'étiologie la plus fréquente de la cirrhose dans les deux groupes. La décompensation œdémato-ascitique était le principal motif d'hospitalisation. Le MELD et le MELD -Na scores étaient plus élevés dans le groupe I et sont sans différence significative (42 vs 39 et 41 vs 38 respectivement). Le Score de Child -push semble être non influencé par la présence ou l'absence d'infection et la majorité (53,1 %) des cirrhotiques étaient classés Child C. A la biologie, le syndrome inflammatoire biologique est plus évident dans le groupe I avec une élévation des leucocytes et des polynucléaires neutrophiles mais sans signification statistique. Seule la valeur de CRP était significativement plus élevée dans le groupe I. La CRP médiane était de 46 mg/l dans le groupe I vs 29 mg/l dans le groupe II ( $P = 0,05$ ). La valeur seuil obtenue était de 31 mg/l avec des valeurs de sensibilité et de spécificité qui étaient de 70 % et 67 %. Les patients ayant une CRP > 31 mg/l se distinguent par des taux de GB et de PNN plus élevés que chez ceux ayant une CRP < 31 mg/l et sont respectivement et en 103/μL (11,500-8,600 vs 6,700-3,700 ;  $P = 0,01$ ). En comparant les patients ayant une CRP > 31 mg/l et ceux ayant une CRP < 31 mg/l on a constaté qu'il n'y avait pas de différence significative sur le plan épidémiologique ainsi que sur la répartition des scores de gravité. Dans le groupe avec une CRP > 31 mg/l, L'infection, le SIRS et le SEPSIS sont statistiquement plus fréquents et sont respectivement retrouvés avec un taux de (85,7 % vs 61,9 %,  $P = 0,05$  ; 92,9 % vs 38,1 %,  $P = 0,00$  et 57,1 % vs 23,8 %,  $P = 0,02$ ). Les complications étaient statistiquement comparables dans les deux groupes à CRP > ou < 31 mg/l.

**Conclusion :** Nos résultats suggèrent que la CRP est un bon paramètre pour le diagnostic de l'infection chez les cirrhotiques décompensés. Une CRP > 31 mg/l était significativement associée à la présence d'infection, d'un SIRS e/out d'un SEPSIS. Ni le MELD score, ni la classification de Child-Pugh n'étaient corrélés à la valeur de la CRP. De même, l'incidence des complications de la cirrhose n'était pas influencée par une CRP > 31 mg/l. D'autres études sur un plus grand effectif permettraient de confirmer ces hypothèses.

### Bibliographie

1. Lazzarotto C, Ronsoni MF, Fayad L, et al (2013) Acute phase proteins for the diagnosis of bacterial infection and prediction of mortality in acute complications of cirrhosis. *Ann Hepatol* 12:599-607

### FC063

#### Évaluation des scores de gravité au cours des pancréatites aiguës

Y. Harti<sup>1</sup>, H. Ezzouine, B. Charra, A. Benslama

*Réanimation médicale, CHU Ibn-Rochd, Casablanca, Maroc*

**Introduction :** La pancréatite aiguë est une pathologie potentiellement grave, pouvant menacer le pronostic vital, ce qui fait de l'évaluation de sa gravité une étape déterminante pour l'optimisation des mesures thérapeutiques. Le but de cette étude rétrospective était de comparer l'efficacité de plusieurs scores en termes de prédiction de la mortalité : les uns spécifiques de la pancréatite aiguë et les autres généraux utilisés en réanimation, dans le but de réaliser un pronostic précoce.

**Patients et méthodes :** Soixante-quatre patients hospitalisés au service de réanimation médicale du CHU Ibn Rochd pour pancréatite aiguë ont été inclus dans l'étude. Pour chaque malade, Les scores d'APACHE II, IGS II, SOFA ainsi que les scores de Ranson, d'Imrie, de Balthazar et le score BISAP ont été appréciés, d'abord à 48 heures pour tous les scores, puis au-delà de 48 heures pour les scores généraux. La corrélation avec la mortalité a été recherchée pour chacun des scores, et leur valeur prédictive globale évaluée par l'aire sous la courbe de ROC.

**Résultats :** Dans cette série, la mortalité globale était de 20,2 %, le taux de pancréatites aiguës graves était de 81,25 %. Seuls les scores APACHE II et IGS II étaient corrélés à la mortalité. La valeur pronostique des scores généraux était nettement meilleure que celle des scores spécifiques, les valeurs de l'aire sous la courbe de ROC variant de 0,631 à 0,777 pour les scores généraux contre des valeurs de 0,343 à 0,624 pour les scores spécifiques. Au-delà 48 heures, les scores généraux restaient performants. Les valeurs de l'aire sous la courbe de ROC variaient entre 0,735 à 0,968.

**Conclusion :** Cette étude prouve que les scores APACHE II, IGS II et SOFA sont plus efficaces que les scores Ranson, Imrie, Balthazar